

SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIIIa. LEGISLATURA
QUINTO PERIODO

COMISION DE SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 2814 DE 1994

MAYO DE 1994

COPIA DEL ORIGINAL SIN CORREGIR

CASAS DE SALUD

Funcionamiento

Alojamientos colectivos privados para personas mayores

VERSION TAQUIGRAFICA DE LA SESION DE LA COMISION DEL DIA 19 DE MAYO DE 1994

A S I S T E N C I A

Preside	: Señor Senador Carlos Bouzas -ad hoc-
Miembros	: Señores Senadores Horacio Bianchi, Carlos Julio Pereyra y Jaime Pérez
Invitados especiales	: Señor Ministro de Salud Pública, doctor Guillermo García Costa y asesor doctor Hugo Damasco
Secretaria	: Josefina Reissig
Ayudantes	: Señora María Celia Desalvo y señor Félix González

lt.

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 9 y 13 minutos)

_____________ Tenemos el gusto de recibir en la mañana de hoy al señor Ministro de Salud Pública, doctor García Acosta, acompañado por el doctor Hugo Damasco.

En su momento, fue concertada una invitación por parte de esta Comisión al Ministerio de Salud Pública, a los efectos de conocer su opinión sobre el anteproyecto de ley abordado aquí, referido a la reglamentación de funcionamiento de los alojamientos colectivos para personas mayores. Este texto se logró luego de un arduo trabajo de esta Comisión que estudió un informe elaborado por tres técnicos en la materia, como lo son el Director de Salud del Ministerio de Salud Pública, doctor Salsamendi, el Director del Area de Ancianidad del Banco de Previsión Social, doctor Gastón Inda, y el ex-catedrático de geriatría y gerontología de la Facultad de Medicina, doctor Alvarez Martínez. En el transcurso de este último mes hemos elaborado el anteproyecto de ley y la Comisión entendió prudente y necesario conocer la opinión del Ministerio de Salud Pública, del Banco de Previsión Social y de las organizaciones de Jubilados y Pensionistas. En ese sentido, damos la palabra al señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Hemos concurrido a esta Comisión para dialogar en torno al proyecto de ley que reviste gran importancia y que creemos que puede ser un paso efectivo con respecto a un tema de reciente data y que ha ido tomando características que hacen necesaria la formulación

de algún texto legal como el que estamos estudiando.

A ese respecto, el doctor Damasco va a hacer una breve exposición sobre la tarea que se desarrolla y luego vertiríamos alguna opinión sobre el proyecto de ley en concreto.

SEÑOR DAMASCO.- Señor Presidente: entiendo que la opinión del Ministerio de Salud Pública ya ha sido manifestada por el doctor Salsamendi, quien, como Director General, representa la síntesis de nuestro pensamiento. Además, quiero destacar que se trata de un hombre de mucha experiencia y actuación dilatada dentro de la Cartera.

Si me permiten, me voy a referir a la parte histórica del tema ya que cuando recién comenzamos nuestra carrera de administrador, en la época en que el doctor Purriel era Ministro de Salud Pública, fuimos interventores del "Piñeyro del Campo" --hace más de 20 años-- cosa que nos acercó a la realidad del anciano en nuestro país y a las respuestas que se le han dado desde el punto de vista institucional.

Indudablemente, desde aquella época a la realidad actual, ha pasado mucha agua debajo del puente y la situación se ha complicado más a causa del incremento de ancianos. En ese sentido, el análisis que ofrece el Ministerio de Salud Pública en la actualidad tiene como impronta la indefinición. Nuestro Ministerio tiene a su cargo y control todas las casas de salud a nivel nacional; y lo hace desde Montevideo. Respecto a las cifras, podemos observar que hay 122 casas habilitadas sobre un total de 6.648 camas. Por lo tanto, la precariedad que implica ese control salta a la vista. El tema sería subsidiario si antes no definimos el ámbito de acción de cada una de ellas. Desde ese punto de vista, me permito señalar la importancia que tiene el proyecto formulado en lo que hace al papel que juega el Banco de Previsión

Social que significa una gran ayuda para el Ministerio de Salud Pública, porque lo ubica más en su función específica.

En lo que tiene que ver con este documento --que, por otra parte, es muy bueno--, solamente quisiéramos señalar algunos aspectos puntuales que quizás para el futuro puedan servir de alguna ayuda.

En primer lugar, me voy a referir a la incorporación de guarderías que ya es una realidad en el país porque existen en algunas instituciones e, incluso, a nivel municipal. Sin embargo, ello no consta en el anteproyecto de ley. Es indudable que el quehacer y la ubicación del anciano fuera del lugar donde duerme, tiene una enorme importancia.

En segundo término, quisiéramos destacar que dentro de un tiempo --quizá no sea éste el momento adecuado porque solamente se pretende llegar a una definición-- vamos que tener que redefinir el papel de las IAMC (Instituciones de Asistencia Medica Colectiva) en lo que significa la atención del anciano. En ese sentido, desearía expresar que también pertenezco al cuerpo técnico de una institución mutual, la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, la que cuenta con un establecimiento psico-geriátrico, que es una innovación en la materia y que rescató una cantidad de ancianos con patología psíquica reversible que estaban abandonados en casas de salud. En su propia definición, el programa establece que la patología sea reversible y de corta internación.

Me he permitido hacer este aporte porque considero que en esta materia hay mucho por crear. En ese sentido, nuestro país tiene una realidad propia que hemos defendido en foros internacionales, y que puede ser un ejemplo de lo que le va a ocurrir a los demás países del

continente en un futuro no muy lejano. Por lo tanto, el papel de las IAMC en las áreas de prevención y atención es muy trascendente y sería importante que tuvieran una necesaria participación.

Por último, deseo hacer una puntualización estrictamente técnica. Nosotros comprendemos que el doctor Alvarez Martínez, del cual fuimos alumnos y somos amigos, considere que se debe incluir un médico gerontólogo y, a este respecto, sabemos que son pocos los que se dedican a esa especialidad, pero sin querer entrar en una polémica que sería de índole médica, pensamos que esto puede ser un proyecto de futuro. Es importante destacar que existen áreas de la medicina que son muy afines con la gerontología y que tienen que ver con la medicina interna, que es la madre de toda la Medicina. En ese sentido, cuando hablamos de un médico, nos estamos refiriendo a un internista, que es el que conoce más de todas las especialidades.

En general, esto es lo que quería señalar en cuanto a que la lectura recoge en gran medida las reglamentaciones del decreto de 1983, pero sistematizándolo y esquematizándolo.

Además, compartimos el camino que ha trazado la Comisión de Salud Pública del Senado, en el sentido de que exista una primera instancia de definición y de que se considere el papel protagónico de las instituciones, que es un aspecto muy importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera formular una pregunta al doctor Damasco respecto al tercer punto de los abordados por él.

Si no entendí mal, el problema es que los médicos que hicieron el postgrado de Geriatría no serían suficientes para hacerse responsables de todos los alojamientos colectivos y, en ese sentido, el doctor Damasco sugería que esto se complementara asignando cargos a médicos internistas.

DOCTOR DAMASCO.- No podemos olvidar que en Montevideo y en el interior del país las situaciones son muy distintas. Podemos decir que la realidad actual de las casas de salud de Montevideo es la siguiente. Los ancianos que viven allí pueden estar afiliados a diferentes mutualistas y en ese caso son atendidos por los médicos de éstas que concurren, dan medicamentos, solicitan exámenes de laboratorio, etcétera; o estas mismas funciones las cumple el Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, la asistencia médica del anciano, a nuestro modo de ver --y con ello no quiero polemizar con mis colegas que estuvieron aquí anteriormente--, actualmente tiene sus respuestas. Es decir que la presencia del médico se da en los casos en que haya que atender

enfermos y cuando existe necesidad de seguimiento. Además de la responsabilidad desde el punto de vista técnico, creemos que la presencia del médico internista o geriatra es necesaria, por ejemplo, para detectar precozmente una enfermedad o una complicación. Generalmente, sobre todo en el área metropolitana, la respuesta está vinculada a instituciones que los protegen, ya sean públicas o privadas, que concurren a los establecimientos de atención a prestar asistencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- El doctor Damasco expresó que muchas veces el anciano sale de la casa de salud para ser atendido en las instituciones de asistencia médica colectiva. Personalmente, pude comprobar en el Hospital Hogar Dr.Piñeyro del Campo que cuando se presenta un caso agudo, el enfermo es trasladado normalmente al Hospital Pasteur o a otro centro de asistencia, quien luego de finalizado el tratamiento es enviado nuevamente al Hogar mencionado.

SEÑOR DAMASCO.- Podemos decir que el "Piñeyro del Campo" cuenta con una determinada estructura física, es decir, con pabellones que tienen camas situadas una al lado de la otra, lo que, efectivamente, significa que es un hospital, y no un hogar. Con respecto a esto, debo manifestar que siempre me llamó la atención la resistencia histórica por parte del Ministerio de Salud Pública a considerarlo como tal. Quizás, esto suceda debido a que en la institución mencionada se albergan muchachos jóvenes con patologías congénitas, personas que acudieron allí por razones sociales, etcétera. En tal sentido, desearíamos que el Ministerio de Salud Pública --teniendo en cuenta que el Banco de Previsión Social actualmente tiene más intervención-- definiera correctamente el Hospital Hogar Piñeyro del Campo, el que en su



momento fue creado como un organismo de derivación del Hospital Pasteur. Este último, como los señores senadores saben, era un asilo. Es más: con anterioridad el edificio había sido la primera universidad del país, con lo que tiene un gran valor histórico. En la calle Asilo, esquina Larravide, hay un cartel que dice "1868-Asilo de expósitos". Luego, cuando el Hospital Pasteur se transformó en centro de enfermos agudos en la década de 1920, el Hogar Piñeyro del Campo pasó a ser algo así como un hospital de convalescientes. Sin embargo, el gran crecimiento del número de ancianos y otros problemas sociales, trajeron como consecuencia que fuera desviando su ámbito de funcionamiento. Por lo tanto, es cierto lo que señala el señor Presidente, en el sentido de que se deriven al Hospital Hogar Piñeyro del Campo aquellos ancianos con enfermedades crónicas e irreversibles.

SEÑOR MINISTRO.- Deseo señalar que compartimos toda la filosofía del proyecto de ley que se nos ha remitido, cuyo texto está sometido al análisis que realizará el Parlamento en las circunstancias y formas convenientes.

Además, dentro del esquema de una legislación eficaz como la que se está proponiendo, desearíamos hacer algunas puntualizaciones de corto alcance, pero que creemos que pueden ayudar al trabajo de la Comisión.

En primer lugar, debemos decir que la norma define un tema que no había sido precisado, quizás porque las circunstancias no habían obrado para ello. Este aspecto tiene que ver con la institución que tendrá la responsabilidad del anciano: el Banco de Previsión Social o el Ministerio de Salud Pública. Como titular de esta Cartera, entiendo que sería oportuno que el Banco de Previsión Social se ocupe de los

ancianos no enfermos --es decir aquellos que tienen la edad suficiente para ser considerados como tales-- y que nuestro Ministerio lo hiciera con quienes lò están. De esta forma, ambos recuperaríamos las funciones que nos corresponden, previsión social y atención de la salud --en el caso de que ésta se encuentre resentida--, respectivamente. Y nos parece útil que así sea.

Por otra parte, hemos señalado algo que quizás los integrantes de la Comisión deberán observar, y es el hecho de que en los alojamientos se da con mucha frecuencia la presencia conjunta del anciano sin problemas patológicos y del que sí los padece. Entendemos que la separación radical en este sentido podría darse para ciertas enfermedades. En los casos en que dicha separación no ocurriera, se produciría un problema bastante grave en cuanto a la apertura y la movilidad en las casas de residencias de ancianos.

Pensamos que la Comisión debe considerar este tema, aunque debo decir que nos parece oportuno que el asunto se divida entre el Banco de Previsión Social y el Ministerio de Salud Pública con las características y razones que el proyecto de ley le otorga. Sin embargo, reitero, que los señores senadores deberán tener en cuenta los casos en que se mezclan ambas circunstancias, es decir, de ancianos con y sin patologías.

Por otro lado, el doctor Damasco señalaba que el proyecto menciona en varias oportunidades la necesidad del médico geriatra, quien debe examinar al anciano antes de determinar su entrada a la casa de salud. En este aspecto quisiéramos hacer alguna observación. Si nos referimos a ancianos en perfecto uso de sus facultades, no creemos que sea necesario que deba recurrirse a un médico.

Este es un objetivo que se puede alcanzar y la medicina en el Uruguay --lo hemos ido aprendiendo en el Ministerio de Salud Pública-- ha recorrido este camino gradualmente, estableciendo primero condicionantes generales y luego plazos a determinar por el Poder Ejecutivo, en el sentido de ser más estricto en atención a la especialidad. De esta forma, llega un momento en que todas las plazas vinculadas a alguna especialidad médica están cubiertas por postgraduados, porque ha habido un crecimiento de médicos especializados en esta materia en función de las necesidades.

Por lo tanto, la exigencia que aquí se plantea tornaría indispensable la necesidad de geriatras. Estimo que podría establecerse que serán médicos, aún cuando el Poder Ejecutivo por razón fundada, pueda autorizar que no lo sean durante tantos años, etcétera. En suma, habría que buscar una fórmula que no sea tan exigente como lo es la que establece que el responsable de la casa de salud y del ingreso de los ancianos debe ser un médico geriatra. Además, no hay que olvidar que muchos ancianos están en buenas condiciones de salud y muchos que por problemas de movilidad no lo están, se encuentran sanos mentalmente. Entonces, no me parece racional exigirles que consulten a un geriatra para presentar un certificado ante la casa de salud.

Muchas de las normas que se introducen, están recogidas en el decreto, lo que ha dado un buen resultado.

Por otro lado, me permitiría sugerir que en alguno de los artículos se autorizara la reglamentación para ampliar las condicionantes. Generalmente, cuando establecemos

condicionantes incluimos alguna que luego resulta innecesaria o bien omitimos otras que pueden ser importantes. Entonces, señalar condiciones en forma genérica y de manera particular en algunos casos, nos parece bien. Creemos que es bueno, además, que se establezca en términos genéricos que el Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social podrán disponer condicionantes del mismo tipo que las anteriores. Esto permitiría que en un futuro el Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social establezcan determinadas condiciones, basándose en su experiencia con los ancianos.

Por último, en el proyecto de ley que estamos considerando se indica que las multas serán establecidas por el Poder Ejecutivo. En este sentido, quiero decir que el Poder Ejecutivo no puede aplicar multas arbitrarias, sino que tiene que tomar en cuenta los mínimos y máximos que le indica la ley; de lo contrario, no tendría capacidad real para poner multas. Si bien este es un tema de índole legislativa, creo que tengo el deber de señalarlo.

Por otra parte, y reiterando lo que señalamos al comienzo de nuestra exposición, tanto el doctor Damasco, como quien habla están de acuerdo en que el proyecto es útil. El Ministerio de Salud Pública ejerce la tutela en esta materia; ella se remonta a la época en que el Uruguay tenía menos ancianos que en la actualidad y no voy a explicar a los señores senadores todo el proceso que ha provocado precisamente el trabajo de esta Comisión, es decir, el tratar de encontrar una solución a este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Deseo hacer algunas consideraciones sobre lo que han expresado el señor Ministro de Salud Pública y el doctor Damasco.

Creo que la reunión de hoy ha sido muy positiva. Personalmente,

conocemos la existencia de hogares diurnos, los que no están contemplados por la ley. Se trata de un problema muy importante que habrá que solucionar de alguna forma.

Somos conscientes de que con este proyecto de ley --y lo hemos conversado con los técnicos en la materia-- sólo se ataca una parte del problema. En este sentido, está presente toda la problemática del anciano y, dentro de ella, el tema más urgente es la proliferación de las llamadas casas de salud que no están sujetas a ningún tipo de contralor. El doctor Damasco hablaba de 122 casas registradas, pero sabemos que funcionan más de 300. Por lo tanto, existen 200 casas que no tienen registros ni contralores, lo que da lugar a tratamientos que desconocemos y si los conocemos --por denuncias que hemos recibido-- preferimos no decirlos.

Sabemos que algunas de las IAMC --en particular, la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos-- están trabajando en este sentido. También creemos que es necesario --como bien lo decía el doctor Damasco-- darle una definición al Hospital Piñeyro del Campo. Personalmente, considero que esta institución debe ser, en el futuro, un hospital geriátrico, pero para ello es necesario que exista una residencia colectiva de la dimensión del Piñeyro del Campo, que esté bajo la órbita del Banco de Previsión Social. Como ello significa una inversión importante de capital, preferimos dejarlo para una segunda etapa en la que estaría contemplada la problemática de las IAMC y la finalidad que debería cumplir el Piñeyro del Campo.

Tal como lo señalaron el doctor Damasco y el señor Ministro, está c l a r a escasez de geriatras para atender una o más casas de salud o residencias colectivas de ancianos. Justamente, en un

proyecto de ley que estamos estudiando en esta Comisión --creo que está informado por el señor senador Pereyra, que es integrante de la Comisión-- estamos considerando lo relativo a los tecnólogos médicos. Allí se autoriza a que el Poder Ejecutivo fije un plazo prudencial para que aquellos que están ejerciendo esa tarea pero que no son egresados de la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina puedan seguir trabajando e, inclusive, que sean equiparados aquellos que superen una prueba de suficiencia, en virtud de haber desarrollado esta labor durante muchos años. Es indispensable que se contemple esta situación de alguna manera.

Con respecto a los casos de residencias en que se produce una mezcla --no sabemos si el problema ha sido correctamente reflejado en el texto del proyecto de ley--, debemos decir que, a nuestro juicio, ésta quizás se produzca por la circunstancia de que el anciano ingresa a la residencia en pleno uso de sus facultades, pero con el correr del tiempo contrae una enfermedad. Entonces, si en ese momento un médico dispone que la persona debe marcharse de la residencia a otro lugar --no importa cuál--, al padecimiento de que adolece le estamos agregando un trauma difícil de sobrellevar, ya que en la convivencia traban relaciones afectivas con otras personas. De manera que se había contemplado la posibilidad de una coexistencia de ambos casos en situaciones en que el anciano contrae una enfermedad crónica y puede continuar viviendo en el mismo hogar; por supuesto que, cuando se trate de problemas de índole aguda --como decía el doctor Damasco--, deberá ser ingresado a un hospital o a un sanatorio. Sin embargo, pensamos que a los efectos de evitar la trampa --no sé si la palabra que utilizo es correcta-- por parte del propietario del hogar a la hora de recibir residentes, sería conveniente que el médico extendiera un dictamen en el que constara que el organismo y la mente del anciano funcionan correctamente. Este aspecto fue discutido porque muchas veces, en el momento de conseguir un nuevo cliente, no se cuida ese detalle. Lógicamente, estamos hablando de quienes no enfocan el tema desde el punto de vista humano, sino que instalan la residencia con fines puramente comerciales.

SEÑOR PEREZ.- Debo decir que el problema no radica en los 122 locales que se encuentran registrados, sino en aquellos que no lo están, razón

por la cual entendemos conveniente establecer una normativa que obligue a su inscripción, dado que albergan a una gran cantidad de ancianos que necesitan protección de la sociedad y, en particular, del Ministerio de Salud Pública y del Banco de Previsión Social.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay que destacar que, sobre este punto, los técnicos insistieron mucho. Partimos de la realidad de que existe una serie de casas de salud que funciona en malas condiciones pero cabe preguntarse dónde permanecerán las personas que allí residen si aplicamos desde el principio una reglamentación muy firme. Entendemos que para ir avanzando en este asunto se ha procedido a la creación de la Comisión Honoraria.

Por último, agradecemos sinceramente al señor Ministro de Salud Pública la sugerencia que nos ha hecho en materia de redacción de las normas, dada la enorme experiencia que posee, de la que nosotros carecemos en absoluto. Por supuesto que será tenida en cuenta, así como cualquier otra que pueda surgir en el texto del proyecto de ley.

Asimismo, agradecemos su presencia en Sala así como la de los médicos del Ministerio, que lo acompañan.

Se levanta la sesión.

(Así se hace a la hora 9 y 44 minutos)